Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux

Québec
Estrie

Référence : 5001-01-01

CADRE DE RÉFÉRENCE RÉGIONAL SUR LE PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ (PSI) ESTRIE

« L'USAGER AU COEUR DU PSI »

15 DÉCEMBRE 2004

Adopté par la TCEA le 17 décembre 2004

106-01614/

COORDINATION :

Nathalie Léonard, Direction de l'organisation des services et des ententes de gestion

COLLABORATION :

Angèle Bourque, Centre de réadaptation Estrie inc.
Daniel Lalime, La Maison Blanche de North Hatley inc.
Danielle Lareau, Carrefour de la santé et des services sociaux du Val Saint-François
Danielle St-Louis, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
Jean Delisle, Le Centre Jean-Patrice-Chiasson / Maison Saint-Georges
Josée Bernier, Centre de santé de la MRC d'Asbestos
Louisette Mercier, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
Marie Picard, Villa Marie-Claire inc.
Mariette Bédard, Centre de santé du Granit
Maurice Compagnat, CLSC de Sherbrooke
Michel Lévesque, Centre de santé Memphrémagog
Michel Thibault, Centre jeunesse de l'Estrie
Micheline Richer, Le regroupement CNDE / Dixville

MISE EN PAGE ET TRAITEMENT DE TEXTE :

Laurence Carette, Direction de l'organisation des services et des ententes de gestion

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES TERMES 1

PRÉAMBULE : LE CONTEXTE DE LA DÉMARCHE 2

DESTINATAIRES 3

CADRE LÉGAL D'UN PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ 3

DÉFINITIONS 5

DISTINCTIONS ENTRE LE PSI ET PI 6

UTILITÉ DU PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ 6

VALEURS ET PRINCIPES QUI SOUS-TENDENT LA PRÉPARATION DU PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ 7

OBJECTIFS VISÉS PAR LE PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ 7

CLIENTÈLES CIBLÉES PAR UN PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ 8

PRINCIPALES ÉTAPES D'UN PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ 10

- TABLEAU SYNTHÈSE 10
- ÉTAPES DÉTAILLÉES 11

MISE EN PLACE D'UN PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ 12

ACCÈS À L'INFORMATION ET CONFIDENTIALITÉ 12

CONTENU D'UN PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ 13

RÔLE DE L'USAGER 13

RÔLE ET MANDAT DE L'INTERVENANT-RÉSEAU 13

RÔLE DES INTERVENANTS COLLABORATEURS ET DES PARTENAIRES 15

RÉVISION D'UN PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ 15

CONDITIONS D'IMPLANTATION DU CADRE DE RÉFÉRENCE RÉGIONAL SUR LE PSI 16

CONCLUSION 17

BIBLIOGRAPHIE 18

ANNEXE 1 - MISSIONS DES ÉTABLISSEMENTS 20

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES TERMES

Agence	:	Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Estrie
Cadre de référence	:	Cadre de référence régional sur le plan de services individualisé
Intervenant-réseau	:	L'intervenant-réseau peut être un gestionnaire de cas, un intervenant-pivot ou toute autre personne significative pour l'usager (personnel du réseau). Il est le lien entre l'usager et les personnes participantes au PSI. Il n'est pas une ressource-conseil à une équipe de travail.
LSSSS	:	Loi sur les services de santé et services sociaux
MSSS	:	Ministère de la santé et des services sociaux
OPHQ	:	Office des personnes handicapées du Québec
Partenaires	:	Réfère aux partenaires du réseau, aux partenaires intersectoriels, aux organismes communautaires et organismes privés
PI	:	Plan d'intervention
PSI	:	Plan de services individualisé
Représentants	:	Sont présumées être des représentants, les personnes suivantes, selon les circonstances et sous réserve des priorités prévues au Code civil du Québec : ▪ Le titulaire de l'autorité parentale de l'usager mineur ou le tuteur de cet usager; ▪ Le curateur, le tuteur, le conjoint ou un proche parent de l'usager majeur inapte; ▪ La personne autorisée par un mandat donné par l'usager majeur inapte antérieurement à son inaptitude; ▪ La personne qui démontre un intérêt particulier pour l'usager majeur inapte (LSSSS, L.R.Q., C.S.-4.2, article 12).
TCEA	:	Table de concertation Établissements/Agence
Usager	:	Réfère à toute personne à qui on fournit des services de santé et des services sociaux. Son représentant est également visé par la démarche de PSI lorsque requis.
VGQ	:	Vérificateur général du Québec

PRÉAMBULE : LE CONTEXTE DE LA DÉMARCHE

L'évolution des pratiques et des modes d'organisation des services exige une démarche clinique adaptée aux besoins de l'usager. L'intégration des services est nécessaire pour faciliter l'accessibilité aux services, la continuité des soins et la coordination des services, qui permet d'offrir le bon service, à la bonne personne, au bon moment, au bon endroit et au meilleur coût humain et social.

À l'instar de la LSSSS qui impose l'élaboration d'un plan de services individualisé (PSI) pour un usager qui doit recevoir des services de santé et des services sociaux nécessitant la participation de plus d'un établissement, différentes instances telles que le MSSS, le MEQ, le VGQ, l'OPHQ, ont réitéré en maintes occasions cette volonté de privilégier l'utilisation des PSI, comme l'une des réponses à l'ensemble des besoins de l'usager et à l'intégration des services. Plus récemment, le projet de loi 25 (L.Q. 2003, c. 21) créant les agences de développement de réseaux locaux des services de santé et des services sociaux affirme aussi la volonté de rapprocher les services des citoyens et leur donner l'assurance qu'ils recevront une réponse appropriée à leur situation.

Or, à l'intérieur des différents réseaux de services, la notion de PSI prend différents sens et fait l'objet de pratiques variées. L'élaboration et l'utilisation des PSI dans la pratique des intervenants se fait rarement de façon naturelle si elle n'est pas supportée et encadrée.

Cette réalité a amené les établissements du réseau de la santé et des services sociaux et l'Agence à s'interroger sur la pertinence de se doter d'un cadre de référence régional entourant les PSI. À la lumière des commentaires et devant l'intérêt manifesté pour qu'une réflexion se fasse sur une base régionale, il a été convenu à la TCEA de juin 2003, que l'Agence interpellerait les directions générales des établissements afin d'obtenir la collaboration des personnes intéressés à participer à cette démarche.

À l'automne 2003, un comité de travail régional composé de différents gestionnaires d'établissements et de la permanence de l'Agence fut donc formé. Le mandat de ce comité était d'élaborer un cadre de référence régional sur les PSI, ayant pour objet de s'assurer de l'application des modalités administratives liés à l'élaboration d'un PSI, peu importe le programme-services, et ce, en conformité avec les différents articles de la loi.

D'entrée de jeu, les membres du comité régional ont soulevé l'importance que ce cadre de référence favorise l'application de la démarche clinique du PSI dans la pratique des intervenants et que l'usager soit toujours au cœur de cette démarche clinique, comme le témoigne le titre de ce document.

L'analyse des différentes problématiques liées à l'élaboration et à l'utilisation des PSI a soulevé différentes questions auxquelles ce cadre de référence tentera de répondre.

DESTINATAIRES

Le présent cadre de référence s'adresse aux membres du personnel dispensant des soins et services dans tous les établissements du réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie.

Par « membres du personnel dispensant des soins et services », nous entendons tous les intervenants et intervenantes, ainsi que les médecins et les stagiaires impliqués directement auprès de la clientèle.

Ce cadre de référence servira de balises à l'élaboration des PSI par les établissements du réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie.

CADRE LÉGAL D'UN PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ

La LSSSS précise qu'une évaluation de la situation de l'usager est requise afin de répondre à ses besoins et donner accès à des moyens pertinents et ce, en conformité avec les mandats des établissements. Le PSI constitue une démarche clinique privilégiée afin de répondre à cet impératif légal et témoigne ainsi de l'engagement pris avec l'usager.

La LSSSS stipule ce qui suit :

THÈME DE LA LSSSS	DÉFINITION	ARTICLE
Droit aux services	*« Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec **continuité** et de façon **personnalisée** et **sécuritaire**. »*	**Article 5**
Participation	*« Tout usager a le droit **de participer à toute décision** affectant son état de santé ou de bien-être. »* *« Il a notamment le droit **de participer à l'élaboration** de son plan d'intervention ou de son plan de services individualisé, lorsque de tels plans sont requis conformément aux articles 102 et 103. »* *« Il en est de même pour toute modification apportée à ces plans. »*	**Article 10**
Plan d'intervention	*« Un établissement doit élaborer, pour les usagers d'une catégorie déterminée par règlement pris en vertu du paragraphe 27° de l'article 505, dans la mesure qui y est prévue, un plan d'intervention afin d'identifier ses besoins, les objectifs poursuivis, les moyens à utiliser et la durée prévisible pendant laquelle les services devront être fournis. Le plan d'intervention doit assurer la coordination des services dispensés à l'usager par les divers intervenants concernés de l'établissement. »*	**Article 102**
Plan de services individualisé	*« Lorsqu'un usager d'une catégorie déterminée par règlement pris en vertu du paragraphe 27° de l'article 505 doit recevoir, pour une période prolongée, des services de santé et des services sociaux nécessitant, outre la participation d'un établissement, celle d'autres intervenants, l'établissement qui dispense la majeure partie des services en cause ou celui*	**Article 103**

THÈME DE LA LSSSS	DÉFINITION	ARTICLE
	des intervenants désigné après concertation entre eux doit lui élaborer le plus tôt possible un plan de services individualisé. »	
Collaboration de l'usager	*« Chacun des plans visés respectivement aux articles 102 et 103 doit être* ***élaboré en collaboration avec l'usager*** *tel que prévoit l'article 10. »* *« Ces plans doivent contenir un* ***échéancier*** *relatif à leur* ***évaluation*** *et leur* ***révision****. Cependant, ils peuvent être* ***modifiés en tout temps*** *pour tenir compte de circonstances nouvelles. »*	**Article 104**
Services disponibles	*« L'établissement détermine* ***les services de santé et les services sociaux*** *qu'il dispense, de même que les diverses activités qu'il organise,* ***en tenant compte de la mission*** *de tout centre qu'il exploite et* ***des ressources disponibles*** *et conformément aux plans régionaux d'organisation de services élaborés par la Régie régionale pour l'atteinte des objectifs fixés aux divers programmes établis par le ministre. »* *« L'établissement fixe également les paramètres des services de santé et des services sociaux qu'il dispense et soumet ces paramètres à l'approbation de la Régie régionale. »*	**Article 105**
Catégories d'usager	*« Le gouvernement peut par règlement :* *27° alinéa : « déterminer les catégories d'usagers pour lesquels des plans d'intervention ou des plans de services individualisés doivent être élaborés; »*	**Article 505**

Un PSI se fait dans le cadre de l'offre de services de l'établissement constitué en vertu de la LSSSS. Les **missions des établissements** et la compréhension des mandats qui en découlent sont des vecteurs essentiels à la coordination des PSI (Annexe 1).

DÉFINITIONS

Plan de services individualisé (PSI)

Fondé sur les principes de la primauté de la personne et de la valorisation de ses rôles sociaux, le *Plan de services individualisé* est une démarche d'organisation des services qui vise à assurer, à la fois, la continuité, la complémentarité et la qualité des services en réponse à des besoins diversifiés. Universellement applicable à toute personne en besoin de services, on définit habituellement le PSI ainsi :

« *Le plan de services individualisé (PSI) est une démarche qui, par la participation active de la personne ou de son représentant ou de sa représentante et la coordination des interventions, permet la planification et la prestation concertée des services nécessaires pour répondre aux besoins de cette personne, afin de favoriser ou de maintenir son intégration sociale, tout en assurant sa protection* ».(MSSS, 1992)

Le plan de services individualisé n'est pas la somme des plans d'intervention de l'ensemble des établissements et partenaires mais une démarche en soi qui découle en autant de plans d'intervention qu'il y a d'intervenants ou d'établissements concernés. Le PSI est par conséquent une entente entre plusieurs dispensateurs de services et l'usager et/ou son représentant, sur les objectifs de soins et services à poursuivre.

Plan d'intervention (PI)

« *Le plan d'intervention est un processus structuré par lequel un organisme ou un établissement, en fonction de son mandat et avec la participation active de la personne ou de son représentant, détermine les objectifs à atteindre et gère les interventions nécessaires pour répondre à des besoins spécifiques identifiés par cette personne ou son représentant* ». (MSSS, 1992)

DISTINCTIONS ENTRE LE PSI ET PI

PSI	PI
Démarche qui permet la planification et la prestation des services interétablissements.	Processus qui détermine les objectifs à atteindre en lien avec les mandats de l'établissement dispensateur de services.
Fixe les buts généraux, établit des priorités pour répondre aux besoins globaux en tenant compte des capacités de la personne	Précise les modalités des interventions à effectuer pour atteindre le but visé.
Champ d'application large qui implique l'ensemble des éléments nécessaires à une intégration sociale	Champ d'application restreint, puisqu'il se centre sur des objets de développement, d'apprentissage, de participation, de familiarisation ou d'utilisation des activités communautaires.
Suppose la participation égalitaire de plusieurs établissements, organismes, etc.	Est surtout l'œuvre d'un même établissement et souvent de plusieurs disciplines.

UTILITÉ DU PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ

Le PSI est utile :

- **d'abord à l'usager** car il favorise l'expression de ses besoins et attentes, suscite sa participation et sa responsabilisation, et facilite l'accès aux soins et services requis par celui-ci. L'engagement mutuel entre l'usager et ses dispensateurs de soins et services est ainsi constitué par une entente formalisée.

- **aux intervenants et aux partenaires concernés** car cette démarche favorise la concertation, la communication, la complémentarité et le partenariat. L'élaboration du PSI permet également aux intervenants et aux partenaires de préciser et de mieux cibler les objectifs, les mandats et les activités à réaliser et de déterminer l'orientation de l'usager. Le PSI favorise l'émergence de solutions créatives adaptées et personnalisées aux besoins de l'usager.

- **aux gestionnaires et aux établissements.** Le PSI est un indicateur de performance qui permet de s'assurer de l'atteinte des exigences légales. Cette démarche permet également aux gestionnaires d'identifier les besoins de la clientèle, d'ajuster l'offre de services et de pondérer la charge de travail des intervenants. Le PSI constitue une des normes de qualité pour l'agrément de l'établissement.

VALEURS ET PRINCIPES QUI SOUS-TENDENT LA PRÉPARATION DU PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ

Le PSI doit être basé sur un partage de valeurs communes véhiculées par les établissements et les partenaires, soit dans leurs plans d'organisation, leurs missions, leurs codes d'éthique, leurs approches cliniques mais aussi les codes de déontologie professionnels, etc.

Au-delà des procédures et des instruments qui lui donneront sa forme, le PSI n'aura de sens que s'il est construit à partir d'une approche-client. La démarche relative au PSI s'inscrit dans un processus clinique bien défini et partagé par l'ensemble des partenaires qui y contribuent selon ces valeurs et selon les principes de base suivants :

- la participation active de l'usager et sa reconnaissance comme partenaire à part entière dans l'élaboration du PSI;
- la présomption de compétence de l'usager dans l'affirmation de ses valeurs, besoins et attentes, et son pouvoir sur son PSI;
- une approche personnalisée, qui respecte le niveau où se situe l'usager et sa volonté d'agir;
- l'engagement et la collaboration des partenaires de tous les secteurs;
- le partage des responsabilités et des pouvoirs entre les partenaires.

Le PSI doit reposer sur l'établissement d'une relation de partenariat en portant toute l'attention sur la place prépondérante que l'usager prend dans les décisions qui le concerne. Le PSI doit donc évoluer avec l'usager.

OBJECTIFS VISÉS PAR LE PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ

Le PSI a pour objectifs :

- d'assurer l'adhésion et la participation de l'usager à toutes les étapes de la démarche du PSI;
- d'assurer à l'usager la complémentarité des interventions cliniques des intervenants de différents établissements et de diminuer les duplications;
- d'assurer la planification et la coordination des **services dispensés à un usager par des intervenants de différents établissements et organismes,** lorsque l'usager requiert pour une période prolongée des services de plus d'un établissement ou organisme;
- d'assurer à la fois la continuité et la qualité des services à l'usager en réponse à des besoins diversifiés;

- de recevoir et favoriser l'adaptation des services aux valeurs, besoins et attentes exprimés par l'usager;

- de mettre en commun l'information recueillie lors des diverses évaluations afin de dégager une vision commune, objective et professionnelle de la situation de l'usager;

- de préciser les mandats et les rôles des différents partenaires;

- d'identifier une personne pour assurer la coordination et la révision du PSI.

CLIENTÈLES CIBLÉES PAR UN PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ

Comme mentionné à l'article 103 de la LSSSS, le PSI s'adresse à l'usager qui doit recevoir, pour une période prolongée, des services de santé et des services sociaux nécessitant, outre la participation d'un établissement, celle d'autres intervenants de d'autres établissements ou organismes.

Le PSI s'adresse également aux clientèles qui, sans nécessairement avoir connu de longues périodes en établissement, fréquentent de façon régulière les services externes des établissements publics et d'autres ressources de la communauté.

L'élaboration d'un PSI devient une démarche clinique privilégiée lorsque :

- la complexité des besoins auxquels il faut répondre pour l'usager, dépasse le mandat d'une seule organisation;

- la nécessité de mettre en place des conditions d'intervention particulières s'impose à l'évidence;

- l'expérience montre que, faute de coordination entre les stratégies d'intervention, l'intervention faite actuellement n'atteindra pas l'efficience souhaitée.

Les principales clientèles ciblées par l'élaboration d'un PSI sont, notamment :

- les personnes ayant une déficience intellectuelle;
- les personnes ayant une déficience physique;
- les personnes ayant un trouble envahissant du développement;
- les personnes ayant un trouble mental sévère, généralement persistant;
- les personnes ayant un trouble mental transitoire, d'intensité variable;
- les personnes ayant une dépendance (alcoolisme et toxicomanies, jeu compulsif, etc.);
- les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement;
- les jeunes en difficulté;
- les mères en difficulté d'adaptation incluant les jeunes parents;
- les personnes victimes de violence;
- les personnes ayant commis des actes criminels;

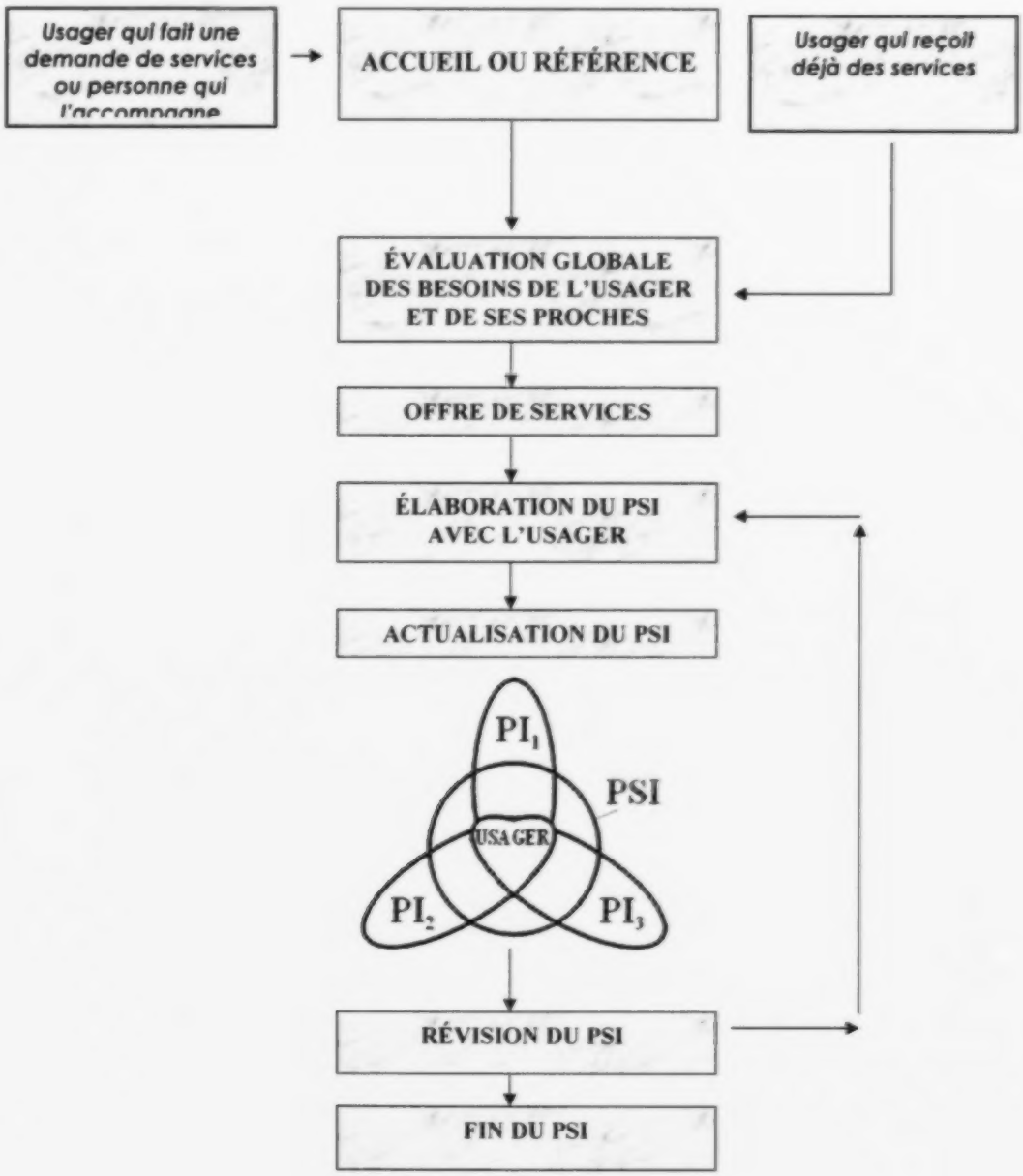
- les personnes ayant des maladies chroniques ;

Cette liste, n'étant ni exhaustive, ni limitative, illustre bien le principe d'application universelle du PSI. Toutefois, mentionnons qu'à l'intérieur de cette démarche, outre les clientèles ciblées, il est souhaitable de tenir compte de l'évaluation des besoins des proches et de leurs familles lorsque requis.

PRINCIPALES ÉTAPES D'UN PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ

Tableau synthèse

Une démarche de *Plan de services individualisé* se réalise à travers sept étapes principales qui peuvent s'illustrer ainsi :



Étapes détaillées

* *Ces étapes peuvent devoir être ajustées lors de situations judiciaires.*

Étape 1 : ACCUEIL OU RÉFÉRENCE	
Activités	**Responsable**
Accueillir et, s'il y a lieu, référer l'usager aux services de l'établissement, ou à un autre établissement ou organisme.	Accueil professionnel de l'établissement

Étape 2 : ÉVALUATION GLOBALE DES BESOINS DE L'USAGER ET DE SES PROCHES	
Activités	**Responsable**
Soutenir l'usager dans l'identification de ses besoins et attentes de services avec chacun des partenaires.	Personne désignée de l'établissement Gestionnaires et intervenants des établissements ou organismes concernés

Étape 3 : OFFRE DE SERVICES	
Activités	**Responsable**
Avec l'accord de l'usager, mettre en commun l'identification des besoins et définir l'offre de services à l'usager (étude de la situation).	Gestionnaires et intervenants des établissements ou organismes concernés
Prioriser les stratégies d'intervention.	
Planifier la tenue d'une rencontre PSI[1].	Personne désignée d'un établissement

Étape 4 : ÉLABORATION DU PSI AVEC L'USAGER	
Activités	**Responsable**
Valider l'offre de services avec l'usager.	Gestionnaires et intervenants des établissements ou organismes concernés
Animer la rencontre PSI.	Personne désignée d'un établissement
Élaborer des objectifs liés à la réalisation du PSI.	Personnes participantes au PSI
Identifier l'intervenant-réseau.	Personnes participantes au PSI

Étape 5 : ACTUALISATION DU PSI	
Activités	**Responsable**
Dispenser les services en fonction des engagements au PSI en l'inscrivant dans les PI de chaque établissement ou organisme.	Chacun des intervenants des établissements ou organismes impliqués
Évaluer l'atteinte des objectifs durant la réalisation du PSI.	Chacun des intervenants des établissements ou organismes impliqués
Évaluer le respect des échéanciers et le niveau de satisfaction de l'usager quant à l'atteinte des objectifs élaborés dans le PSI.	Intervenant-réseau

Étape 6 : RÉVISION DU PSI	
Activités	**Responsable**
Effectuer un bilan du PSI avec l'usager, préalablement à la révision du PSI.	Intervenant-réseau
Organiser la tenue d'une rencontre de révision du PSI ou d'une rencontre spéciale de PSI s'il y a un problème ou un changement dans la situation de l'usager nécessitant de revoir la réponse aux besoins.	
Procéder à la révision du PSI, selon un délai prévu ou à la demande de l'usager, avec la collaboration des personnes participantes au PSI.	

Étape 7 : FIN DE L'INTERVENTION	
Activités	**Responsable**
Mettre fin au PSI.	Personnes participantes au PSI

[1] Idéalement en face à face sinon par téléphone.

MISE EN PLACE D'UN PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ

Dès qu'il est constaté qu'un usager « doit recevoir, pour une durée prolongée, des services de santé et des services sociaux nécessitant, outre la participation d'un établissement, celle d'autres intervenants » (LSSSS, article 103), cet intervenant convoque une rencontre d'élaboration de PSI avec les personnes impliquées. Chaque établissement devrait identifier une personne répondante afin que les partenaires sachent à qui s'adresser lorsque le processus d'élaboration d'un PSI doit être initié.

La rencontre d'élaboration du PSI se réalise avec la collaboration de l'usager et de l'ensemble des partenaires impliqués auprès de celui-ci. Cette rencontre doit se faire idéalement en face à face, sauf exception ou selon d'autres modalités qui assurent une souplesse et qui respectent l'usager.

Le PSI nécessite l'identification d'un intervenant-réseau lequel provient habituellement de l'établissement ou l'organisme le plus significatif sur le continuum de services. L'intervenant réseau peut aussi être recommandé par l'usager.

L'usager peut décider de coordonner lui-même son PSI ou d'assumer certaines fonctions de coordination en collaboration avec un intervenant, ou mandater une autre personne à cette fin.

ACCÈS À L'INFORMATION ET CONFIDENTIALITÉ

Pour pouvoir échanger des informations nominatives concernant un usager inscrit à un PSI, les personnes impliquées auprès d'un usager doivent s'assurer du consentement de celui-ci. À cette fin, on a recours à un **formulaire de consentement à la cueillette, à l'échange et à l'utilisation d'information entre partenaires du réseau intégré de services concernés.**

Ainsi, un **protocole d'échange et d'utilisation de renseignements personnels,** contresigné par les personnes impliquées dans le PSI identifie les renseignements communiqués, les personnes visées ainsi que les modalités de communication. Actuellement, l'Agence est dépositaire de ce type de protocole pour le réseau intégré de services aux personnes âgées en perte d'autonomie.

Un consentement renouvelable à tous les six mois devrait être consigné sur le formulaire contenu au dossier de l'usager.

Le PSI ne doit pas contenir des informations qui ne sont pas nécessaires ou pertinentes à son élaboration. Il doit contenir les objectifs poursuivis par les établissements et partenaires lorsque cela n'est pas préjudiciable pour l'usager. De plus, les PSI ne sont pas des « discussions de cas ».

CONTENU D'UN PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ

Le PSI doit contenir l'identification :

- des besoins ou attentes de la personne requérant une concertation de plus d'un établissement ou partenaires;
- des services requis par l'usager;
- des objectifs poursuivis par les établissements et partenaires ainsi que des moyens de réalisation, mais non les objectifs du plan d'intervention des professionnels de chaque établissement;
- de l'échéancier relatif à son évaluation et à sa révision;
- des suivis découlant de la révision;
- des dispensateurs de services, en précisant le nom de l'intervenant-réseau;
- des signatures de l'usager et de l'intervenant-réseau (au minimum);
- de la date de signature de l'élaboration finale du PSI.

RÔLE DE L'USAGER

Tout au long des étapes d'un PSI, l'usager est responsable de l'identification de ses besoins et attentes. De plus, la collaboration et la participation de l'usager aux décisions qui le concernent est déterminante. Les personnes impliquées dans l'élaboration et la mise en place du PSI, devront porter une attention particulière à cet aspect et mettre tout en œuvre pour permettre cette participation.

L'usager sera alors présent aux différentes démarches dès la planification du PSI et accompagné, s'il le désire ou le nécessite.

RÔLE ET MANDAT DE L'INTERVENANT-RÉSEAU

Rôle

Le rôle de l'intervenant-réseau est d'assurer et de favoriser la continuité des services aux usagers, la cohésion et la concertation de l'ensemble des personnes impliquées en regard du PSI. L'intervenant-réseau veille à ce que l'usager reçoive les soins et les services les plus efficaces possible pour améliorer ou maintenir un état de santé optimal. L'intervenant-réseau n'est pas une ressource conseil à une équipe de travail interétablissement mais bien le lien entre cette équipe

de travail interétablissement et l'usager. Cette fonction est assumée habituellement par un ou une professionnelle.

À noter : L'intervenant-réseau peut changer à la révision du PSI.

Lorsqu'un gestionnaire de cas est déjà identifié dans le suivi d'un usager, il agit automatiquement à titre d'intervenant-réseau.

Mandat

- Se faire connaître comme personne ressource auprès de l'usager;
- Agir comme personne répondante et établir les contacts entre les différents intervenants ou intervenantes et partenaires impliqués;
- Convoquer et animer les rencontres de planification du PSI;
- Faciliter la concertation entre les différents intervenants ou intervenantes et partenaires impliqués;
- Connaître le réseau des soins et services et créer le maillage nécessaire autant avec le réseau qu'avec la communauté;
- S'assurer que les services dispensés correspondent aux objectifs poursuivis par le PSI;
- Agir en interface « client-famille-dispensateurs de services »;
- S'assurer du consentement éclairé de l'usager;
- Accompagner l'usager dans son cheminement;
- Informer l'usager de l'ensemble du processus et s'assurer de la bonne compréhension de son PSI, à toutes les étapes;
- Coordonner l'évaluation des résultats;
- Fixer un échéancier de réalisation et de révision;
- Évaluer le respect des échéanciers et le niveau de satisfaction de l'usager quant à l'atteinte des objectifs élaborés dans le PSI;
- S'assurer de la rédaction et de la diffusion du PSI.

RÔLE DES INTERVENANTS COLLABORATEURS ET DES PARTENAIRES

Les intervenants collaborateurs et les partenaires sont des professionnels ou des non-professionnels provenant de différents établissements ou organismes et qui sont directement impliqués dans le PSI. Ces personnes constituent un maillon important permettant la cohésion et la continuité dans les suivis réalisés auprès de l'usager. De façon générale, ces personnes peuvent être représentées lors de l'élaboration du PSI par un seul intervenant qui s'assure du suivi auprès des autres membres de son équipe. Chaque partie doit respecter l'engagement prévu lors de l'élaboration du PSI. Chacun doit signaler à l'intervenant-réseau toute observation réalisée dans le cadre de son intervention susceptible d'influer sur la démarche de soins ou d'aide.

Les intervenants collaborateurs et les partenaires impliqués doivent s'assurer d'être bien préparés pour l'élaboration et la révision du PSI. Cela implique qu'ils aient complété la collecte de données prévue aux différentes activités du processus clinique et, finalement, qu'ils aient intégré cet ensemble afin de dégager une analyse cohérente de la situation de l'usager.

RÉVISION D'UN PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ

Sans qu'il y ait une prescription formelle d'échéance systématique pour la révision du PSI, l'article 104 de la LSSSS prescrit que les PI et les PSI doivent contenir un échéancier d'évaluation et de révision : *« Ces plans doivent contenir un échéancier relatif à leur évaluation et à leur révision. Cependant, ils peuvent être modifiés en tout temps pour tenir compte de circonstances nouvelles ».*

Il est recommandé d'évaluer ou de réviser le PSI au maximum après 6 mois, puis une fois par année ou plus si nécessaire afin de suivre la progression de l'usager et d'adapter les objectifs et collaborations à l'évolution de sa situation. La fréquence des évaluations dépendra de la réalisation des PI par les établissements concernés ou d'événements significatifs ayant une incidence sur les objectifs et collaboration identifiés.

La révision du PSI permet de :

- vérifier l'impact des actions posées par chacun;
- de partager la vision de l'usager quant aux objectifs visés et aux moyens employés pour y parvenir;
- de rajuster si nécessaire les services en fonction de l'évolution des besoins;
- de redéfinir les objectifs selon la situation.

Le processus de révision n'est pas fondamentalement différent de celui de la planification des services. L'évaluation ou la révision d'un PSI doit se faire en collaboration avec toutes les personnes impliquées. Cette étape est sous la responsabilité de l'intervenant-réseau. Il doit convoquer les personnes et s'assurer de regrouper l'ensemble des données requises pour cet exercice. Il invite les personnes participantes, s'il y a lieu, à fixer la date de la prochaine révision, les échéanciers à prendre en compte, l'opportunité de nommer un nouvel intervenant-réseau et la fermeture possible du PSI. Il précise à quel moment il prévoit leur faire parvenir la version officielle du PSI révisé.

CONDITIONS D'IMPLANTATION DU CADRE DE RÉFÉRENCE RÉGIONAL SUR LE PSI

Plusieurs conditions de succès de l'implantation d'un cadre de référence en matière de PSI pourraient être énumérées. L'implication active des différents établissements demeure un élément-clé de la démarche d'implantation. La présente section parle de leurs rôles et responsabilités dans cette démarche.

Le rôle et les responsabilités de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Estrie

- Proposer un cadre de référence régional en matière de PSI et assurer la mise en application de ce cadre;
- Mettre en œuvre les moyens dont elle dispose pour supporter les établissements et organismes dans cette implantation;
- Procéder à sa révision et aux ajustements requis en cours d'implantation;
- Mettre en place les systèmes de communications cliniques efficaces pour favoriser l'application des PSI.

Le rôle et les responsabilités des directions d'établissements

- Adopter et officialiser le cadre de référence régional sur les PSI dans son organisation et indiquer clairement sa volonté politique d'en faire une priorité clinique;
- Nommer un responsable de l'implantation du cadre de référence dans son organisation et lui confier le mandat découlant de ces fonctions;
- Produire un rapport régulier de l'application du cadre de référence dans son établissement;
- Prévoir les ressources requises pour supporter l'implantation du cadre de référence;
- S'assurer de l'utilisation des systèmes de communications cliniques pour l'application des PSI;
- Prévoir des modalités d'évaluation de la qualité des PSI;
- S'assurer de la formation et de la supervision clinique;
- Faire les représentations, au niveau régional, pour permettre les ajustements nécessaires.

Les rôles et responsabilités des responsables de l'implantation dans les établissements

Le rôle des responsables de l'implantation des PSI des divers établissements est crucial, notamment pour l'implantation du cadre de référence, mais aussi pour tout ce qui touche les problématiques en lien avec les rôles et responsabilités ou les processus. Ils assurent l'implantation, participent à son évaluation et aux ajustements requis via des comités de suivi spécifiques aux clientèles concernées.

CONCLUSION

Les modalités administratives élaborées dans ce cadre de référence doivent faire l'objet d'une adhésion de l'ensemble des intervenants des différents établissements et partenaires impliqués. Pour ce faire, les conditions d'implantation énumérées dans le document sont essentielles afin de maximiser l'utilisation des PSI.

La diffusion du cadre de référence sera planifiée pour faciliter son appropriation par l'ensemble des personnes concernées.

Les membres du comité régional insistent sur le fait que ce cadre de référence est en évolution et s'ajustera selon les réussites et les difficultés vécues. D'importants travaux provinciaux en lien avec les outils d'évaluation standardisés pourront aussi bonifier ce cadre de référence.

Le mandat du comité régional pourrait se prolonger afin de suivre l'implantation du cadre de référence et s'assurer de sa révision régulière.

De plus, le comité pourrait proposer d'autres outils cliniques complémentaires visant le soutien des personnes impliquées dans l'élaboration des PSI.

BIBLIOGRAPHIE

ASSEMBLÉE NATIONALE (2003) Projet de loi no 25, Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, sanctionné le 18 décembre 2003

BOISVERT, D. (1990) Le plan de services individualisé. Ottawa : Éditions. Agence d'Arc inc.

BONIN, L., LEBLANC, S. (2003) Journées d'information interétablissements sur les outils de planification de services dans un contexte d'un réseau de services intégrés.

CJE (1999) Tenue des dossiers. Plan d'intervention (PI), Plan de services individualisé (PSI), Plan d'intervention à l'égard de la famille d'accueil (PIFA)

CJE (1999) Tenue des dossiers. Plan d'intervention (PI), Plan de services individualisé (PSI), Plan d'intervention à l'égard de la famille d'accueil (PIFA).

CJPC/MSG (2003) Le Plan d'intervention (PI) et le Plan de services individualisé (PSI) au CJPC/MSG

CLSC de Sherbrooke (2003) Protocole d'utilisation du Plan d'intervention (PI), du Plan d'intervention interdisciplinaire (PII) et du Plan de services individualisé (PSI). Secteur des programmes et des services de soutien à domicile et personnes âgées

CLSC de la Région Sherbrookoise (2002) Politique sur le Plan d'intervention (PI), le Plan d'intervention interdisciplinaire (PII) et sur le Plan de services individualisé (PSI)

CNDE/DIXVILLE (2003) Le processus d'intervention clinique. Complémentarité, continuité et efficacité. Document de travail

CSM (2003) Compte-rendu de la réunion du sous-comité PSI des agents de liaison de l'Équipe Intervention jeunesse tenue le 12 août 2003 – Estrie. Document de travail

CRDI Montérégie-Est (2003) Élaboration et suivi des PI/PSI. Guide à l'intention des intervenants

CRE(2001) Politique et procédure sur le Plan d'intervention (PI) et le Plan de services individualisé (PSI)

LEBEAU, A., VIENS, C. (….) Le plan de services individualisé et sa contribution au virage ambulatoire : bilan critique d'une expérience en CLSC. Le gérontophile, 18 (4), 3-11.

MSSS (1993) Formation PSI - Séminaire de sensibilisation à la démarche du plan de services individualisé – Guide d'animation, Gouvernement du Québec.

MSSS (1992) Séminaire de sensibilisation à la démarche du plan de services individualisé. Guide de participation. Gouvernement du Québec.

MSSS (1990) Plan de services individualisé en santé mentale. Gouvernement du Québec.

OPHQ (2004) Plan de services. État de situation. L'intégration, 13, (2), p. 6, 9

OPHQ (2003) La problématique du plan de services de la personne. Gouvernement du Québec.

OPHQ (1989) Le plan de services de la personne, Document d'orientation de l'OPHQ.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LAVAL (2003) Plan de services individualisé (PSI) - Cadre de référence.

QUÉBEC Loi sur les services de santé et les services sociaux, LRQ., C.S.-4.2

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE (2001) Cadre de référence du plan de services individualisé jeunes/familles en Montérégie.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE QUÉBEC (....) Plan de services individualisé. Programme jeunesse. Cahier de participation.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE QUÉBEC (2001) Plan de services individualisé. Formation des formateurs.

VGQ (2002) Rapport à l'Assemblée nationale pour l'année 2001-2002. Tome 1, Québec.

ANNEXE 1 - MISSIONS DES ÉTABLISSEMENTS

- **CLSC (article 80)**

« La mission d'un **CLSC** est d'offrir, en première ligne, à la population du territoire qu'il dessert, des services de santé et des services sociaux courants, de nature préventive, curative, de réadaptation ou de réinsertion. À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre s'assure que les personnes qui requièrent de tels services, pour elles-mêmes ou pour leurs familles, soient rejointes, que leurs besoins soient évalués et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou dans leur milieu de vie, à l'école, au travail ou à domicile ou, si nécessaire, s'assure qu'elles soient dirigées vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide. »

- **CH (article 81)**

« La mission d'un **CH** est d'offrir des services diagnostiques et des soins médicaux généraux et spécialisés. À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre reçoit, principalement sur référence, les personnes qui requièrent de tels services ou de tels soins, s'assure que leurs besoins soient évalués et que les services requis, y compris les soins infirmiers et les services psychosociaux spécialisés, préventifs ou de réadaptation, leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou, si nécessaire, s'assure qu'elles soient dirigées le plus tôt possible vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide. »

- **CPEJ (article 82)**

« La mission d'un **CPEJ** est d'offrir, dans la région, des services de nature psychosociale, y compris des services d'urgence sociale, requis par la situation d'un jeune en vertu de la LPJ et de la LJC, ainsi qu'en matière de placements d'enfants, de médiation familiale, d'expertise à la Cour supérieure sur la garde d'enfants, d'adoption et de recherche des antécédents biologiques. »

« À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre s'assure que les besoins des personnes qui requièrent de tels services soient évalués et que les services requis par elles-mêmes ou par leur famille leur soient offerts, soit directement, soit par les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide. »

- **CHSLD (article 83)**

« La mission d'un **CHSLD** est d'offrir de façon temporaire ou permanente un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le support de leur entourage. »

« À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre reçoit, sur référence, les personnes qui requièrent de tels services, veille à ce que leurs besoins soient évalués périodiquement et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations. »

- **CR (article 84)**

« La mission d'un **CR** est d'offrir des services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale à des personnes qui, en raison de leurs déficiences physiques ou intellectuelles, de leurs difficultés d'ordre comportemental, psychosocial ou familial ou à cause de leur alcoolisme ou de leur toxicomanie, requièrent de tels services de même que des services d'accompagnement et de support à l'entourage de ces personnes. »

« À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre reçoit, sur référence, les jeunes en difficulté d'adaptation et les personnes présentant une déficience et, principalement sur référence, les personnes alcooliques ou les autres personnes toxicomanes et les mères en difficulté d'adaptation; il s'assure que leurs besoins soient évalués et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou dans leur milieu de vie, à l'école, au travail ou à domicile ou, si nécessaire, s'assure qu'ils soient dirigés le plus tôt possible vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide. »